

Le psychiatre dans la presse, savant ou soignant

Jean François Tétu

Professeur à l'Institut d'Etudes Politiques de Lyon

"Nous vivons sous le préjugé que les maladies mentales sont incurables

Alors on jette dans un précipice les gens que l'on déclare atteints.

(...)

S'ils guérissent seuls et que cela se voit trop, on les laisse s'échapper après mille efforts

de leur part.

S'ils gesticulent, on ne les calme pas, on les immobilise.

(...)

Notre devoir n'est pas de nous débarrasser du fou, mais de débarrasser le fou de sa folie.

Si nous commençons ?"

Albert Londres, Chez les fous, Albin Michel, 1925.

"Exclu au nom de la raison, le fou, à notre époque, est aliéné par la psychiatrie, qui confirme son étrangeté en la codifiant ; en d'autres termes, les aliénistes -ancien nom des psychiatres- méritent de plus en plus leur nom en ce qu'ils ont pour fonction d'aliéner"

Présentation de Michel Foucault, Histoire de la Folie, rééd. 1972.

A lire, à cinquante ans d'intervalle, la conclusion du grand "reportage" que fit Albert Londres à Saint-Anne notamment, et la paratexte que l'éditeur proposait naguère du livre de M. Foucault, il semble parfois que les choses n'aient pas beaucoup changé et que la figure du psychiatre soit encore liée largement à l'exclusion que la société choisit "non par méchanceté, mais par commodité" (A. Londres).

Pourtant, la lutte que le grand reporter menait contre la loi de 1838, les débats passionnés autour de la psychiatrie ou de l'anti-psychiatrie de l'époque post-68, semblent aujourd'hui très éloignés des préoccupations des journaux.

Car le fou n'a plus vraiment (ou seulement) le visage du fou, même si le "forcené", preneur d'otages et menaçant dans quelque position retranchée, donne le spectacle d'une rage meurtrière qui lui garantit un écho assuré dans les médias.

Le fou ordinaire n'est plus vraiment le fou, dont les journaux d'ailleurs ne relèvent l'existence que lorsqu'il est meurtrier, mais plutôt l'autiste, l'adolescent fugueur, "pirate amoureux" ou suicidaire, le drogué, le jeune-vieillard atteint d'Alzheimer, ou, plus récemment, un ex-premier ministre.

Examiner l'image du psychiatre dans les médias, c'est bien sûr, tenter de saisir des évolutions ou des permanences, mais c'est surtout tenter de comprendre les conditions d'émergence d'un discours sur la psychiatrie et le psychiatre, où il apparaît d'emblée que le psychiatre est, tantôt l'objet du discours ("la terrible responsabilité des psychiatres" cf. infra), tantôt le sujet d'un discours que le journal reprend plus ou moins à son compte (citation d'expertise par exemple) mais où le propos du psychiatre est simultanément discours du psychiatre et discours du journal sur la psychiatrie. L'image du psychiatre est ainsi indissolublement liée à une "stratégie discursive" du journal, qu'il convient de saisir aux trois niveaux où elle s'articule avec l'environnement événementiel de l'information : celui de la médecine en général, celui des problèmes posés à la société par la santé mentale, celui enfin des figures des acteurs de cette santé.

1. La psychiatrie comme discipline médicale, ou la "science psychiatrique".

En tant que la psychiatrie constitue une spécialité de la médecine, sa présence dans l'information emprunte trois des traits majeurs de l'attitude générale de l'information à l'égard de la science médicale.

Le premier est, en quelque sorte, un "négatif". Contrairement à ce qui s'est passé pour d'autres types de savoir (l'économie en est l'exemple le plus net au cours des trente dernières années), l'information a toujours peu assimilé le vocabulaire médical en tant

que tel, et ne l'utilise qu'assez peu, en dehors de grandes catégories qui délimitent comme une géographie des affections : "Sida, tumeurs, virus, cardio-vasculaire", etc. Le domaine psychiatrique a enrichi ce vocabulaire de quelques rares vocables ("névrose, psychose") qui constituent comme des appellations génériques vastes. C'est dire que, de lui-même, le journaliste ne se risque pas, par exemple, à aller au delà : schizophrénie, paranoïa, etc. n'apparaissent qu'à l'intérieur de citations d'un discours autre, celui du spécialiste. Cela veut dire que, dans le même temps, et malgré l'engouement des années 60 et 70 pour la psychanalyse, les catégories de la psychiatrie sont reconnues comme scientifiquement pertinentes (d'où leur usage dans les citations), mais ne font pas l'objet d'une appropriation par les acteurs de l'information. Ce premier point est très important : il signifie que l'apport de la psychiatrie n'est pas assimilable (ou assimilé) ; le propos signalé comme psychiatrique (par la mention de la spécialité "psychiatre" accolée au nom propre) sera donc systématiquement cité comme discours de l'autre, doté d'une légitimité supposée, mais non susceptible d'une appropriation. C'est dire aussi que les catégories de la psychiatrie demeurent "étanches", qu'elles ne constituent pas un descripteur valide pour le sens commun.

Le deuxième trait tient à ce que l'information attend de la science, en général, et de la médecine en particulier. L'information en effet, est fondamentalement liée à la réduction de l'incertitude, et, paradoxalement, à sa production. Réduction de l'incertitude par exemple lorsqu'une découverte scientifique (par exemple les neuroleptiques il y a 40 ans) résoud une question : dans cette mesure la presse est attentive à l'évolution de la science ou au débat qu'elle suscite (il faut attendre une série d'enquêtes, en 1987-88, pour que toute la presse accorde une place considérable au suicide des jeunes). Mais, dans le même temps, l'événement n'intéresse vraiment la presse que pour autant qu'il ouvre un nouvel horizon d'attente, on le voit bien avec tout ce qui concerne le Sida. De façon générale, il semble que, dès que la science semble maîtriser un phénomène, celui-là cesse aussitôt après de faire information. Il y a à cela une raison assez simple : c'est la dimension sociale d'un phénomène qui l'impose comme information, ou plus encore son apparence sociale, et non son importance "intrinsèque". Un exemple y suffira : une enquête conduite en 92 sur une période de six mois d'information écrite en Rhône-Alpes fait apparaître que 9/10^e environ des décès sont absents de l'information. Pourquoi ? parce que ceux-là sont "naturalisés", ils sont comme "absorbés" par l'ordre "naturel" des choses alors que le Sida, ou la myopathie tiennent encore la science en échec. Dans cette mesure, plus la science progresse et plus

elle "naturalise" le phénomène, physique ou social, qu'elle vise. On pourrait dire ainsi que ce qui est assez maîtrisé pour être un objet d'enseignement, par exemple, a cessé d'être un objet pertinent pour l'information.

S'il en était absolument ainsi, alors l'information devrait se soucier beaucoup de psychiatrie parce que les désordres mentaux, et les désordres sociaux qui leur sont liés, sont suffisamment abondants, et irrésolus, pour justifier une grande attention de l'information, ce qui n'est pas vraiment le cas. Il faut donc faire d'autres distinctions, qui nous conduirons plus loin à chercher ce qui a les préférences des médias. Mais, avant cela il faut relever un troisième trait majeur, c'est la distinction dans le domaine "scientifique" entre l'approche scientifique, fondée sur l'argumentation (ce qui est largement le cas des sciences sociales et humaines) et l'approche scientifique fondée sur "l'évidence", et dominée, bien sûr, par la causalité.

Or, devant la psychiatrie, l'information hésite : est-ce une science qui explique les causes (et donc peut trouver les remèdes conçus comme antidotes), ou une science de l'interprétation ? Comme le journal ne peut pas choisir, il construit une double image de la psychiatrie, une image "scientiste" du psychiatre à la recherche des causes (génétiques, chimiques, etc.) et une image plus floue des interprétations incertaines et parfois contradictoires. Bien entendu, comme on le verra, c'est lorsque le psychiatre est convoqué comme "expert", dans un tribunal par exemple, que la causalité se fait incertaine. Mais avant d'élucider ce paradoxe, il convient de signaler la forme quasi archétypale (le modèle, en quelque sorte) du discours journalistique sur la psychiatrie comme science positive (science de la cause) dont un exemple frappant est fourni par un article du Dr Escoffier - Lambiotte (*Le Monde*, 27-28 juillet 1986) sur la schizophrénie, "maladie universelle". L'argumentation du *Monde* se fait en trois temps :

1. la découverte, ou l'apport de la science : "la schizophrénie est une maladie universelle qui ne doit rien à la société ni à la famille". Enoncé assertif qui semble vouloir clore un débat, ou une polémique présumés (la schizophrénie serait due à la société ou à la famille). Suivent les pourcentages qui fondent l'assertion ("maladie universelle") sur une stabilité statistique.

2. la méthode : il s'agit d'une enquête de l'O.M.S. "conduite depuis 20 ans (...) grâce à la collaboration de vingt centres spécialisés oeuvrant dans dix-sept pays (...) selon un tableau diagnostique rigoureux". Où l'on voit que la quantité (le nombre), et le principe évaluateur (la "rigueur") tiennent lieu d'argumentation. L'évidence, bien sûr !

3. Le pronostic, ou l'avenir : "les progrès remarquables de la neurobiologie devraient permettre, dans la décennie à venir, d'élucider la cause et de perfectionner un traitement auquel la découverte des neuroleptiques a apporté déjà de remarquables acquis". L'optimisme, à peine tempéré par l'usage du conditionnel, repose bien entendu sur le même principe d'objectivité, aussi "positif" qu'à l'enseigne d'un supermarché, fondé sur une "cause", et, par suite, sur les progrès à venir dont les progrès anciens sont le garant et la preuve.

Ce modèle positif n'est pas propre à la psychiatrie parce que, comme on le verra sur l'exemple du suicide, l'explication psychiatrique de divers problèmes se trouve en concurrence avec l'explication sociologique scindée, elle aussi, par l'opposition épistémologique positivisme vs. constructivisme qui redouble et complique une autre opposition, celle de l'action et celle de la représentation.

En tout état de cause, la science, en tant que savoir maîtrisé, intéresse peu l'information qui, en revanche, accorde une attention considérable à trois phénomènes :

- la découverte scientifique, au moment de son émergence, ce que nous venons de signaler, parce qu'elle règle une question et en ouvre une autre (à quand le vaccin anti-schizophrénie ?). La presse est friande d'enquêtes, et de données, si possible statistiques, et pas seulement en matière d'opinion publique.
- un changement législatif, parce que la dimension politique reste le premier principe d'organisation de l'information. Ainsi la loi Evin fut-elle l'occasion de multiples discours sur l'alcoolisme et la tabagisme, comme le débat parlementaire sur l'incitation au suicide. L'information ici n'est pas d'abord médicale mais politique : le discours médical devient un matériel de premier choix pour alimenter le débat.
- un raté de la société (fait divers), qui est, de très loin, le premier motif de surgissement de la psychiatrie dans le journal.

2. La santé mentale. Individu et société.

Dans les médias, la santé mentale fait l'objet de deux types de discours d'ailleurs très inégalement représentés, selon qu'est envisagée la santé publique, i.e. une politique de soins dont la psychiatrie est l'instrument, et l'accident (généralement criminel), le plus fréquent.

La dimension de la psychiatrie comme acteur de la santé publique n'apparaît que très épisodiquement, à l'occasion d'une modification dans le système de soins (sectorisation), ou, plus fréquemment, à l'occasion de débats parlementaires (loi Evin) où les acteurs politiques s'affrontent. La presse s'empare du débat pour produire un

second forum pour lequel sont convoqués, selon les cas, divers acteurs sociaux (en l'occurrence, économistes, sociologues, et psychiatres). Mais les anciens débats dont témoigne l'écho donné à l'anti-psychiatrie il y a un peu plus de 20 ans sont bien achevés et ne ressurgissent plus qu'à l'occasion de problèmes administratifs et judiciaires posés par la comptabilité ou les pratiques de "lieux de vie" à l'occasion desquels le souvenir de l'origine des "communautés thérapeutiques" (Bonneuil, La Borde) est évoqué. Deux types de discours semblent donc avoir disparu : il n'y a plus de fous, et il n'y a plus d'asile. Seules quelques rares traces documentaires (reportages télévisés sur la détention asilaire de tel pays éloigné) rappellent qu'il y eut un temps où le traitement imposé au "fou" l'excluait absolument de la société. Le temps d'A. Londres est révolu, mais la presse reste totalement silencieuse, ou presque, sur la démence sénile, et les conditions de vie en long séjour, par exemple. Deuxième discours disparu, ou presque, celui des surréalistes pour qui la "folie" indiquait la voie d'une créativité refoulée par la société ; ce discours, fortement réactivé par 1968, était pris en relai par une presse quasi-militante (*Libération* avant 1981, par exemple) à peu près totalement disparue. Il n'y a plus que des "restes" ou des "traces", dépourvus de la dimension idéologique qui lui donnait son poids dans la presse : la trisomie 21, avec ce "plus" génétique qui la caractérise, en est à peu près le seul exemple ("enfant-soleil") d'ailleurs limité -ou presque- à la presse magazine. Le psychiatre est donc devenu un "bon" psychiatre, parce qu'il n'enferme plus les fous, mais soigne des malades, ou du moins les empêche de trop déranger la société.

En revanche, dans ce mouvement d'un siècle qui abandonne le vocable et les images du "fou, aliéné", qui cesse de rechercher les "tares" dans quelque vice constitutif du prolétariat (*Le Petit Journal*) ou d'autre chose (où sont passé les épileptiques ?), les troubles de l'expérience vécue (angoisse) et du comportement (anorexie, suicide, drogue, etc.) sont omni-présents et constituent une sorte de fonds de commerce d'une presse magazine largement consacrée à l'enfance (autisme, anorexie, fugues, suicide, drogue), au couple (dysharmonie sexuelle), aux formes contemporaines de problèmes de société (stress, angoisse, dépression, solitude). Il s'agit là de questions générales que les magazines hésitent à inclure dans leurs rubriques "santé" ou "médecin" pour en faire plutôt des problèmes de société, lesquels, curieusement, sont rarement traités comme "sociaux" et bien davantage comme problèmes individuels à qui le "bon" psychiatre (ou psychanalyste, cf. infra) dispense ses conseils. La dimension majeure est celle du conseil et la figure du psychiatre est celle du soignant ou du pédagogue-

conseil. Très fortement marquée par l'audience exceptionnelle d'émissions radiophoniques (F. Dolto) et de quelques émissions télévisuelles de référence (Bettelheim), cette "médiatisation" a envoyé aux oubliettes de l'histoire le fou, la camisole, et l'électro-choc ou en fait un repoussoir (*Vol au dessus d'un nid de coucou*) au profit de l'image rassurante fortement ancrée dans l'image de la psychanalyse et de ses représentants - fortement médiatisés : médecins compétents, compréhensifs et proches de ceux qui souffrent. Il est, avant tout, "psy".

A cette figure du "bon" psychiatre dont le statut n'est pas assuré ("psy-quelque chose") et parfois implicite (le Docteur Olivenstein est à peu près toujours lié à Marmottan, mais sa "spécialité" médicale est absente) s'oppose l'expert, comme le savant au soignant.

Ce n'est plus le contexte, inactuel, de la "société", mais l'actualité du procès ou de l'accident, ce n'est plus le magazine, mais le journal quotidien. Les deux situations sont différentes, mais, dans les deux cas, le psychiatre est convoqué comme sujet supposé savoir, i.e. interprète d'une situation incompréhensible ou dangereuse.

Le procès, d'abord. Le psychiatre disparaît derrière l'expertise (exprimée par un discours de spécialité) et, du coup, le trouble naît parce que le statut du savoir est démenti par le discours même : abscons, ou banal, ou contradictoire. Bref, le psychiatre au procès, c'est, très souvent, la psychiatrie en procès. Le psychiatre au procès, quand les expertises se font contradictoires ou absconses, ce n'est pas le savant fou, mais la science en folie. Nous prendrons ici quelques exemples, qui nous semblent indiquer trois figures de psychiatre au tribunal, vus par les médias, la troisième étant totalement exceptionnelle.

La première est une figure neutre, celle du savoir non impliqué : l'exemple retenu est un procès pour excision qui, dans le journal, a mobilisé anthropologues et sociologues. Mais c'est un psychiatre qui est entendu au tribunal : "M. Michel Erlich, médecin psychiatre, auteur de *La femme blessée*, publiée aux Editions L'Harmattan en 1986, est un spécialiste de l'excision" (*Le Monde*, 08/09/91). La désignation du psychiatre comme "médecin psychiatre" au lieu du seul "psychiatre", est inhabituelle, mais non exceptionnelle ; en revanche, la référence aux publications est à peu près systématique en cas d'interview, où elle alterne avec l'indication de la fonction hospitalière (chef de clinique à tel endroit, etc.) i.e. la compétence bascule complètement vers l'institution. Dans le cas précédent (problèmes de société) la compétence institutionnelle, souvent

indiquée, est généralement seconde par rapport à l'image, omniprésente, du praticien cadré en gros plan (visage seul), souriant, et de face : ce n'est pas alors l'image d'un praticien au travail (la "mise en récit" imposerait une vue de profil et un plan plus large, par exemple l'individu écrivant). C'est une mise en scène de la posture d'énonciation ("je le vois, il me parle"). Tout au contraire, s'agissant d'un procès, le psychiatre n'est jamais photographié, contrairement à l'avocat, ou au juge, et sa compétence est garantie, non par sa posture de sujet parlant, mais par sa fonction institutionnelle. Il est le psychiatre, représentant un savoir interprétatif tenu pour une institution. Notre insistance ici n'est pas fortuite : il n'est pas représenté par une image, mais par un discours que le journal présente, avant tout, comme une institution, si bien que, d'emblée, la construction apparemment symbolique, la représentation, vise à quelque effet de réel.

‘Poursuivons. "Désigné comme expert, il a expliqué que (...). L'expert estime que (...). Toutefois il reste très prudent (...)".

C'est la position minimale, le degré zéro où le discours du psychiatre est donné comme un dire, sans plus.

L'attitude du journal, ici, est, en quelque sorte, impeccable : il renvoie le dire au sujet qui l'énonce et l'énoncé factitif ("reste très prudent") ressort davantage du registre déclaratif que du registre factitif. Ce cas n°1 est une sorte de modèle de base.

Dans des procès de moindre envergure, ce modèle de base peut être totalement caricaturé, parce que la mise en récit intègre le psychiatre à une stratégie journalistique où le psychiatre est un atout dans le jeu du journal. En témoigne l'exemple suivant d'un homme poursuivi pour divers délits parce que, indique le titre, "il portait l'uniforme pour séduire sa fiancée". L'article relate la séduction, les délits assez mineurs jusqu'à l'arrestation : "fin du rêve. Son amie le quitte. C'est le temps des psychiatres. Leurs conclusions : "Sentiment d'infériorité, compensé par une attitude maladroite et surcompensatoire"". Le lecteur du *Matin* ne saura jamais si cette attitude surcompensatoire est celle de l'inculpé ou de l'archétype du policier indûment imité, parce que la conclusion laisse perplexe : "A sa sortie, Antoine espère s'engager dans la police".

A ce cas plaisant et bien peu dangereux, s'oppose le savoir dangereux parce qu'incertain. C'est notre deuxième modèle, dont l'exemple nous est fourni par deux

meurtres d'enfant, le deuxième précédé de viol, les deux inculpés ayant des antécédents psychiatriques marqués.

Premier cas. "La terrible responsabilité des psychiatres" (*Le Monde*, 16/12/91). Le cas est compliqué : "Le meurtrier (...) était interné, en placement libre, dans un hôpital psychiatrique". Auteur de plusieurs agressions contre des enfants : "les psychiatres ont bien noté cette attirance". Suit le diagnostic "les psychiatres avaient alors dit qu'il était pédophile, peut-être schizophrène, qu'il était dangereux (souligné par nous)". Il est impossible de savoir si cette mention (dangereux) est contenue dans le rapport psychiatrique ou constitue une traduction de pédophile et/ou schizophrène. C'est un premier élément d'incertitude, fréquent dans la presse, d'ambiguïté dans l'aire d'influence de la citation. Ce procès tout entier est un véritable procès de l'inefficacité de la psychiatrie. Les psychiatres avaient conseillé "un traitement chimiothérapeutique et psychothérapeutique au long cours, pour éviter une évolution vers un passage pédophilique majeur" (qu'est-ce qu'un "passage pédophilique majeur" ?). L'inculpé a donc été placé pour 5 ans dans un "service de haute sécurité dans un hôpital" (le lecteur ignore tout de ce dont il s'agit). "A mi-parcours, d'autres psychiatres avaient refusé d'assouplir ses conditions de vie. Il était bouclé, et bien bouclé". Jusque là, la psychiatrie s'en tire avec les honneurs de la presse. Elle a diagnostiqué, identifié, bouclé. Mais l'institution est lâche "Clairefontaine, l'Hôpital de St. Remy, cherchait à se débarrasser d'un interné trop dangereux". Et la série criminelle reprend, avec son cortège de psychiatres. "Le tribunal de Vesoul était alors éclairé par un expert psychiatrique (...). Devant la cour d'Amiens, une nouvelle fois, les psychiatres entrent en scène". Finalement, le journaliste clôt le récit par une triple mise en place du récit des protagonistes : il met bout à bout les déclarations des trois acteurs essentiels : l'expert, l'avocat général, et l'inculpé, dont les discours le dispensent d'être le sujet épistémique de l'histoire :

- l'expert "peut-être sommes nous incompetents. Ou incapable de faire un diagnostic. Mais la psychiatrie n'est pas une science exacte" ;
- l'avocat général "j'ai vu la totale incompetence de la psychiatrie et cela me suffit" ;
- l'inculpé "(il) n'est pas en reste. Il ne veut plus d'hôpital psychiatrique".

Le journaliste ne conclut pas. La psychiatrie est disqualifiée par K.O. technique. Elle savait, elle n'a rien fait qui évite le meurtre d'un innocent. Le pire, bien-sûr, est la condamnation de la psychiatrie par l'inculpé lui-même. A noter qu'ici tous les psychiatres sont anonymes.

Un autre meurtre, dans notre inventaire, est très proche de celui là. Il s'agit cette fois non d'un seul meurtre, mais du viol et du meurtre d'un enfant de dix ans (*Le Monde*, 20/03/92). L'inculpé, après des tentatives de viol sur sa nièce, est soigné par des psychiatres mais le traitement s'interrompt. "L'interruption du traitement ne soulève de vagues ni dans la famille, ni au sein de l'institution psychiatrique (souligné par nous). Finalement, "Lebourg poursuit sa destinée de "schizoïde, pervers pédophile sadique" comme l'assèment les psychiatres".

Dans les deux cas, un échec monumental, et la mort d'un enfant.

Dans ces deux cas, le psychiatre est renvoyé, par son savoir prédictif, au rôle de flic de la société. Machin était dangereux, il fallait le boucler. Seuls les psychiatres savaient à quel point ils étaient dangereux. Le psychiatre, garant de l'ordre social, n'a pas fait son travail. La société lui avait délégué le pouvoir d'interner, de mettre hors d'état de nuire, et il ne l'a pas fait.

Troisième cas. Spectaculaire, l'affaire Roman ou le procès du meurtier de Céline Jourdan. Procès exceptionnel, où on voit l'accusation renoncer à l'accusation. La place du psychiatre est aux antipodes du cas précédent, du fait sans doute de l'attitude du président qui, avec une fermeté rarissime (du moins dans l'écho des journaux) tente de donner la parole aux acteurs de ce procès :

- l'accusé Gentil : "J'aimerais que le Docteur Glezer (le psychiatre) soit là" ;
- le président : "le psychiatre ne peut pas parler à votre place, M. Gentil".

Sur ces deux phrases, le procès a basculé et l'inculpé Roman, plus tard, a été disculpé. L'image qu'en donne le journal est étonnante parce qu'en général, le psychiatre est là pour répondre à une question apparemment simple ("qui est-il?"), lorsque l'inculpé paraît ne pas pouvoir répondre à la question. Au cours de ce procès, le président a semblé refuser cette "règle du jeu", et le psychiatre, dans le droit fil de l'attitude du procureur, semblait moins se situer comme savant que comme soignant, un thérapeute qui aidait chacun des inculpés à répondre, en son propre nom, à la question "qu'ai-je fait?". Nous relevons que dans un procès très différent, *Lyon-Libération* mettait en évidence l'attitude d'un autre expert, le Dr Daligand, laquelle semblait demander la condamnation de l'inculpé non pour rétablir l'ordre social, ou quoi que ce soit de cet ordre, mais parce que seule la condamnation, même symbolique, pouvait permettre à l'inculpé de redevenir sujet de la loi, et donc de guérir, alors que le non-lieu au nom d'une irresponsabilité supposée l'aurait maintenu précisément dans cette irresponsabilité.

Contrairement aux meurtres précédents, le procès de Roman, où la psychiatrie étaient très attendue, lui a laissée peu de place, parce que le président rendait aux inculpés la parole que l'enquête policière leur avait, semble-t-il, volée. Mais, par contre-coup, il révèle le rôle dévolu au psychiatre dans cette situation, parce que, si les procès précédents mettaient la psychiatrie en procès, le journal, cette fois, met la police en procès. Dans tous les cas il s'agit de trouver une cause au désordre. La psychiatrie, dans les deux procès précédents, apparaissait comme cause indirecte du meurtre, en laissant un psychopathe dangereux en liberté, tandis que cette fois, c'est la police qui a voué un innocent à l'emprisonnement arbitraire et à la vindicte publique. Et l'apparence de Roman, "l'indien", pieds nus et court-vêtu, fournissait une belle image d'apache, prédateur sauvage, virtuellement violeur et meurtrier.

Dans le procès Roman comme dans l'exemple auquel nous venons de faire allusion, le psychiatre au procès, ce n'est pas la psychiatrie en procès, mais en action : ce n'est pas un discours sur l'inculpé qui disculpe Roman, mais l'inculpé lui-même, retrouvant la parole, d'où l'étonnement des journalistes, peu habitués à cela.

Ces cas sont une exception. Le psychiatre au procès, en général, est totalement différente de l'image du " bon " psychiatre vue précédemment, d'abord parce que le psychiatre y disparaît au profit du collectif " les psychiatres " ou de "l'institution psychiatrique ". Son rôle est de donner une explication d'ordre causal qui puisse elle-même être cause d'autre chose : la condamnation, l'ordre ou le désordre, etc... Cette cause repose sur une " interprétation " que, parfois, la presse ne reprend pas à son compte lorsque cette interprétation laisse planer une question non résolue sur le degré de responsabilité de l'inculpé. Lorsqu'elle "fait de l'effet" sur les jurés, alors bien sûr la presse la reprend clairement, non parce qu'elle explique, mais parce qu'elle a des effets.. C'est la distinction qui nous semble devoir être indiquée entre la figure du "bon" psychiatre, qui "comprend" et explique, et celle de la psychiatrie redoutable, parce qu'elle erre ou fait condamnermais qui, de toute façon, "opère" sur autre chose que la santé.

Mais il faut souvent à la presse quelque chose de plus simple, qui fait "traduire" le discours de l'expertise en un raccourci plus simple : "c'est un " monstre "" . Ainsi, par exemple, à Troyes, lorsque " la France a peur " et que Patrick Henry assassine le petit Philippe Bertrand qu'il avait enlevé. Il faut une cause à ce meurtre horrifant, c'est la "monstruosité" de l'inculpé, et la psychiatrie, abondamment citée, reste enclose dans un discours que le journal tient à distance, entre guillemets.

Dernier cas, "accidentel" où la psychiatrie soit invoquée, c'est " l'événement " (suicide de Beregovoy, prise d'otage à Neuilly). Le psychiatre (indifféremment cité avec le psychanalyste, encore que chaque journal ait des préférences marquées) n'a pas, contrairement au cas précédent, de rôle dans l'affaire. Il n'est ni témoin, ni acteur. Du coup, la psychiatrie disparaît derrière le psychiatre qui retrouve son nom et sa qualification institutionnelle. " Henri Grivois, chef du service psychiatrique d'urgence à l'Hotel-Dieu de Paris ", par exemple. Il est convoqué comme "expert en humanité". Pour cette raison, il doit être à la fois interprète, conseil et pédagogue et le psychiatre bascule vers le psychologue (-iatre vs -logue, ou -agogue). Le statut scientifique du soignant est affirmé par le journal à l'appui d'une autre demande, celle qui veut que la médecine accompagne la misère du monde, et ses dérapages incontrôlés (premier ministre suicidé ou petits enfants otages supposés traumatisés). Le psychiatre (voir l'affaire de Neuilly) y côtoie alors d'autres témoignages ou d'autres expertises, celles du pédiatre, du psychologue ou de l'enseignant. La presse demande alors deux choses à l'expert : d'être compréhensif et compréhensible d'abord, d'être expert surtout. D'où l'insistance sur les titres de l'expert, où s'affirme sa compétence, qu'il faut inventer au besoin : ainsi un médecin "généraliste" selon nos propres informations (capitaine des pompiers en outre, ce qui est partout signalé) s'y trouve métamorphosée en " pédiatre" parce que, imaginons-nous, cela convient mieux à la compétence exigée par la situation (enfants otages). Cela conduit à s'interroger sur la triple figure du " psy ".

3. Psychologue, psychanalyste, psychiatre

La question est ici de déterminer les traits spécifiques de ces trois figures dans la presse. Et la question n'est pas simple parcequ'on y trouve sans cesse mêlés :

- le niveau de la compétence
- la nature de la compétence
- la forme de l'intervention.

Les lieux d'émergence des trois figures sont à peu près les mêmes ; ce sont les " problèmes de société " vus précédemment, dans les magazines essentiellement, à quoi s'ajoute, dans la presse quotidienne plutôt, des enquêtes et interviews à l'occasion

d'une affaire criminelle ponctuelle : les viols familiaux par exemple, la drogue, le suicide, etc....

Le niveau de compétence est repérable par l'opposition médecin vs non-médecin, le titre ("médecin", ou "psychiatre", ou "le docteur x") identifiant toujours l'interviewé ou le titulaire de la rubrique. Mais le partage des figures n'est pas net. Tout au plus peut-on dire que ce partage met en cause la gravité du malaise (pour la dyslexie un psychologue suffit), gravité qui repose sur une caractéristique visible du malaise : la mort (suicide, drogue), le crime (viol, inceste), les deux réunis (parricide, infanticide), excluent radicalement le psychologue, mais pas le psychanalyste.

A cette caractéristique visible et dicible, s'en ajoute une autre, non dite, qui est celle de la "folie", non dite également, mais supposée ou pressentie. La "vraie" folie est réservée au psychiatre, et signalée par l'indication du "délire", où on pourrait retrouver, à peu près, le contexte où les journaux du siècle dernier désignaient le "fou", ou l'aliéné. (cf. à titre d'exemple, un fait divers de 1892 dans *Le Petit Journal* sous le titre "un fou dans les bureaux de la préfecture de la Seine" ; "la folie des grandeurs vient de donner lieu à un drame sanglant dans les bureaux (...). Un valet de chambre (...) était atteint de ce mal terrible depuis des années. Il était en outre sujet à l'épilepsie. (...) Quand il ramassa ces quelques louis, sa figure se contracta et ses yeux brillèrent d'un éclat subit (...) ; le fou, devenu furieux(...)" Pas de psychiatre dans le journal, en 1892, mais un "employé eut l'idée de frapper le fou avec un tisonnier (...)" et le drame sanglant est réglé !, voir l'affaire de Neuilly où, selon les termes du ministère de l'intérieur, H.B. fut "neutralisé".).

Un autre critère est lié non pas à la nature du malaise, mais à celle de l'agent pathogène supposé : ainsi, à la question récemment soulevée de savoir si la télévision ou les jeux vidéo peuvent rendre épileptique, c'est au psychiatre (et au neurobiologiste, mais pas au psychanalyste) que le journal demande la réponse. C'est ici la nature de la compétence qui est en cause. Le partage serait alors de l'origine du trouble qui confierait au psychiatre dans la presse, et à lui seul, tout ce qui présente une origine organique, alors que les troubles relationnels le mettraient en concurrence avec le psychanalyste. (exemple : une enquête de *Marie-Claire* sur les pères incestueux, où se trouve abondamment cité "le docteur Pierre Sabourin, psychiatre (qui) travaille avec des familles incestueuses", alors que l'enquête de *Libération* sur le même sujet ne cite que des psychanalystes).

Le type d'intervention est le troisième critère qui identifie le psychiatre à la prescription médicamenteuse dont il a le monopole.

Mais ce partage n'est pas, tant s'en faut, facile à établir parce que, la plupart du temps, le malaise est perçu comme "humain" et relationnel : la "dépression" en est l'exemple le plus net. Un cas peut l'illustrer, c'est le suicide, mis à la une des journaux par la publication d'un livre (*Suicide mode d'emploi*), puis le procès de son auteur, Y. Le Bonniec, lié au suicide de Michel Bonnal (novembre 1985), puis la publication de données statistiques qui mettent en évidence le nombre croissant des suicides ("plus de 12000" revient avec insistance dans la presse qui souligne que ce nombre est plus élevé que celui des victimes de la route). Le suicide est posé par les journaux comme un "problème de société" et voit s'affronter deux types d'expertise, sociologique et psychiatrique, cette dernière s'appuyant sur des données variables ("98% des suicidés se révèlent schizophrènes, paranoïaques ou psychopathes" dans *Le Monde*, alors que pour *l'Humanité*, "dans 68% des cas, le passage à l'acte ne s'inscrit dans aucun contexte nosologique, il est qualifié de "réactionnel""). Mais les articles abondants de la période 1985-88 sur le suicide, ainsi que ceux, plus récents, sur l'inceste et les viols familiaux ((1992) semblent indiquer deux lignes de partage. La première est celle qui envisage l'objet considéré dans sa dimension sociale (qui exclut le psychanalyste, mais voit le psychiatre en concurrence avec le sociologue) ou sa dimension individuelle, où le psychiatre et le psychanalyste sont indifféremment présents. La seconde ligne de partage tient non pas à l'objet, mais à la distinction, déjà rencontrée entre explication causale et interprétation.

Mais en fait, il semble que le véritable clivage, dans la presse, n'est pas entre la psychiatrie et la psychanalyse, quoique encore une fois, on trouve plus de psychanalystes que de psychiatres dans *Libération* (et pas seulement Miller ou Sibony) et l'inverse dans *Le Figaro*, il serait plutôt entre la psychiatrie d'une part, et le psychanalyste-psychiatre de l'autre, entre l'institution savante et le médecin soignant..

C'est pourquoi le fait divers apparaît comme un interprétant majeur du rôle du psychiatre dans la presse. Le psychiatre peut être perçu comme un atout de toute politique répressive de la déviance (et pas seulement dans l'ex-URSS), parce que, s'appuyant sur la science (cartésienne, causale), et sur l'autorité de l'institution, il est un serviteur disponible de toute politique de normalisation. Le psychiatre disparaît alors derrière la psychiatrie ou "les psychiatres". Mais aussi bien, et comme par surprise,

dans l'expertise du tribunal, il arrive que la cause manque et que le psychiatre devienne le porte-voix d'une souffrance.

On comprend alors mieux pourquoi l'indication du nom du psychiatre est très fréquemment associée, dans la presse quotidienne, à la fonction hospitalière du médecin, laquelle renvoie alors, non seulement à l'hôpital comme lieu de soins, mais à l'hôpital comme institution et lieu de pouvoir. Dans la psychiatrie, c'est l'institution qui parle ; elle peut protéger la société, enfermer un individu dangereux, faire condamner un inculpé ou laisser en liberté un criminel en puissance. Le psychiatre est alors un savant institutionnel, alors que l'image du psychanalyste, qu'aucune institution ne fonde, incarne moins la science sûre d'elle que le sujet supposé savoir.

Si on excepte les suppléments des journaux (ex : *Le Monde des Sciences* , ou des *Livres*), où la théorie peut être l'objet d'un discours journalistique spécifique, la presse écrite accorde une faible importance aux débats d'école, aux clivages théoriques, aux fondements épistémologiques (tout au plus appartiennent-ils aux présupposés, cf. supra la citation du Dr.Escoffier-Lambiotte). Ce n'est pas du tout ce qui intéresse la presse hormis ces cas plus rares (décès d'un grand homme), où le discours biographique ou quasi hagiographique prend appui sur les querelles d'école, les "grandes découvertes", et les courtants théoriques.

En revanche, si les occasions de parler de la "folie" sont fréquentes dans la presse (cf. le long feuilleton de Waco), la presse semble structurer son propos sur une partition simple, puisqu'il n'est jamais question que de ce que le psychiatre dit (et quasi jamais de sa pratique). Ce dire vise-t-il la santé de l'individu ou autre chose ? Là est toute la question. Dès que ce dire vise autre chose que la santé à restaurer, i.e. dès que le psychiatre dispose du pouvoir d'interner ou de libérer, de faire relaxer ou condamner, il est susceptible d'être lui-même en procès, car le savoir sur lequel il se fonde n'a rien d'assuré , et le psychiatre paraît toujours susceptible de mettre ce savoir au service de sa propre passion, quand ce n'est pas le savoir qui constitue la passion même, et se confond avec une volonté de pouvoir.

C'est à peu près ce qu'exprime un "document" publié récemment par *Marie-Claire* (mai 93), sous le titre : "*la femme assassin : maigrir l'a-t-elle rendue folle?*". Il s'agit d'un meurtre assez horrible, et d'une femme condamnée à la réclusion criminelle à perpétuité dont l'avocat, après avoir saisi la Commission européenne des droits de l'homme, vient de publier un livre dont le magazine publie les bonnes feuilles : "Le docteur Masson

bombardait la cour de certitudes. Il répétait, martelait que (...). Ce n'était plus un compte rendu d'expertise médicale, mais un véritable réquisitoire, servi sur un plateau médical. Nos questions tombaient à plat. (...). Ce n'était pas ce qu'avait écrit et rappelé à la barre l'expert pharmacologue (...). Piqué au vif par ce qui n'était qu'une confrontation entre deux points de vue, le docteur Masson pilonnait. Pour lui, il n'y avait pas eu de psychose médicamenteuse. Il ne démontrait rien mais cela ne semblait déranger personne(...) Tout se passait comme si le docteur Masson avait une fois pour toute la vérité médicale. Comme s'il possédait un label de qualité dû à son seul titre d'expert."